



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
UTHAI THANI PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

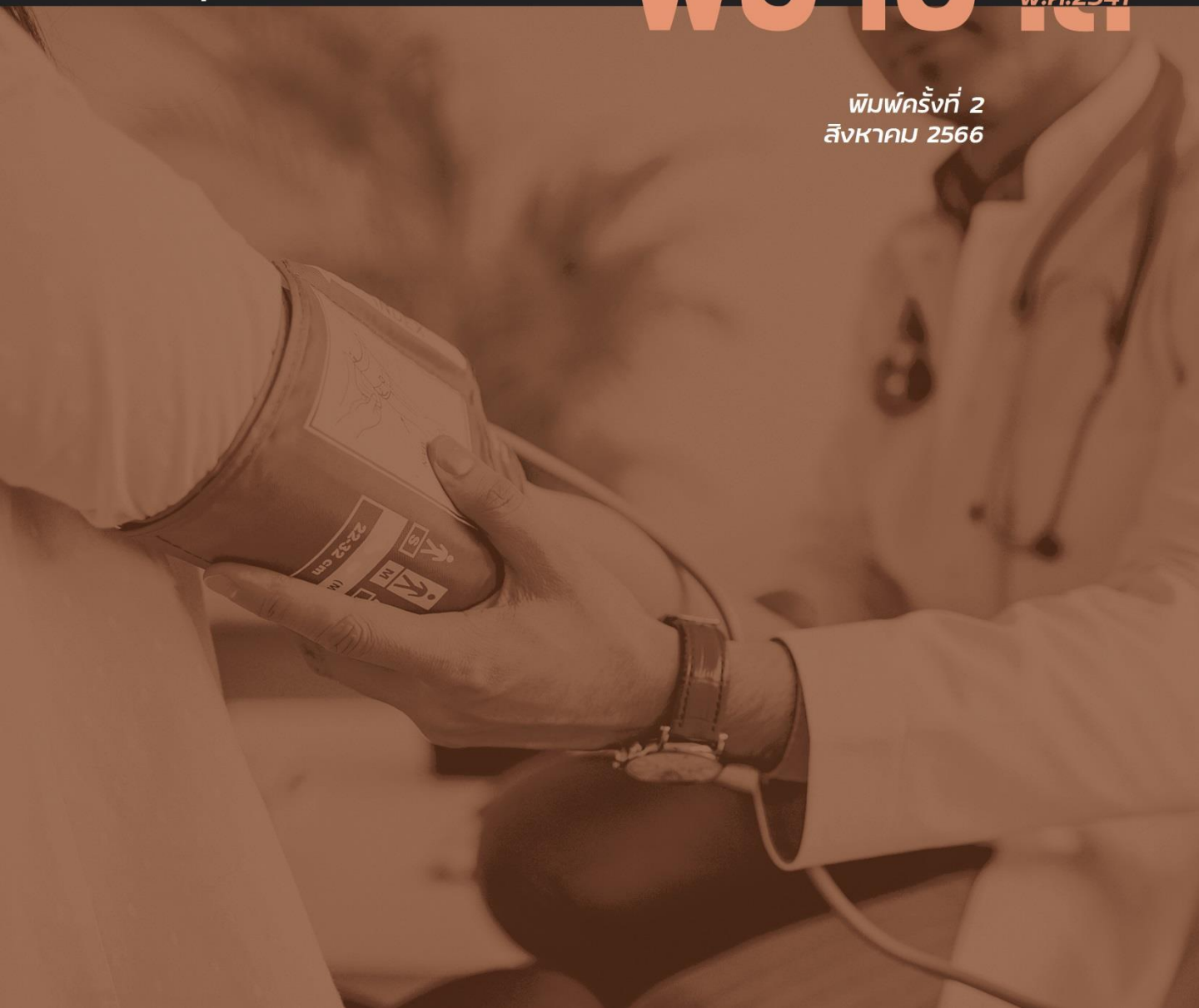
WORK MANUAL  
HEALTH FACILITY ACT, B.E. 2541

คู่มือปฏิบัติงาน  
การอนุญาตตามพระราชบัญญัติ

# สถาน พยาบาล

พ.ศ.2541

พิมพ์ครั้งที่ 2  
สิงหาคม 2566



## ประวัติการแก้ไขปรับปรุงคู่มือ

แก้ไขครั้งที่	แก้ไขเมื่อ	รายละเอียดโดยสรุป
0	มกราคม 2564	<ul style="list-style-type: none"><li>จัดทำคู่มือครั้งแรก</li></ul>
1	สิงหาคม 2566	<ul style="list-style-type: none"><li>ปรับปรุงคู่มือครั้งที่ 1</li></ul>

# คำนำ

การดำเนินงานเกี่ยวกับใบอนุญาตด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบกิจการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นอีกหนึ่งภารกิจที่สำคัญของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ที่มีส่วนสำคัญต่อสุขภาพของประชาชนในฐานะผู้บริโภคซึ่งเป็นผู้ใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเป็นผู้ใช้บริการสถานประกอบกิจการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้มาตรฐาน และได้รับบริการจากสถานประกอบกิจการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ได้มาตรฐาน

เพื่อให้การดำเนินงานเกี่ยวกับใบอนุญาตเป็นไปด้วยความรวดเร็วและถูกต้อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการอนุญาตตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีต่อไป

คณะผู้จัดทำ ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ที่ได้สนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าว และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขทุกท่าน ที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาคู่มือปฏิบัติงานจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีข้อผิดพลาดประการใด ต้องขออภัยไว้ ณ ที่นี้ด้วย

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

# สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ส่วนที่ 1 แนวทางการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541	
การอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก	1
การต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก	3
การต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก	4
การชำระค่าธรรมเนียมประจำปีคลินิก	5
การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก	6
การเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการคลินิก	7
การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/สมุดทะเบียนสถานพยาบาล	8
การขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก	9
การแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกกรณีผู้รับอนุญาตตาย	10
การเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก	11
การเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก	12
การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก	13
การแจ้งเลิกกิจการคลินิก	14
การขอใบรับแจ้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนซึ่งไม่ต้องอยู่ในบังคับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541	15

# สารบัญ

หน้า

## ส่วนที่ 2 ภาคผนวก

สรุปการมอบอำนาจและมอบหมายของอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ด้านสถานพยาบาล	17
คำสั่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ 1643/2563 เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็น ผู้อนุญาตแทนอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม	18
คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ส.พ.1)	21
แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ส.พ.2)	23
คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.5)	24
หนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (ส.พ.6)	27
คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.10)	28
คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.11)	30
คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.13)	31
หนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล กรณีผู้รับอนุญาตเสียชีวิต (ส.พ.14)	33
คำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล / คำขอใบแทนสมุดทะเบียน สถานพยาบาล (ส.พ.15)	35
คำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.16)	36
หนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.17)	38
คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล / คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการ สถานพยาบาล (ส.พ.18)	39
คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.20 )	41
คำขอรับใบแทนใบอนุญาต กรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูก ทำลายในสาระสำคัญ (ส.พ.21)	43
คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว (ส.พ.22)	44
รายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ส.พ.23 )	45
คำขอชำระค่าธรรมเนียมประจำปี	50
ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ใน บังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล	51

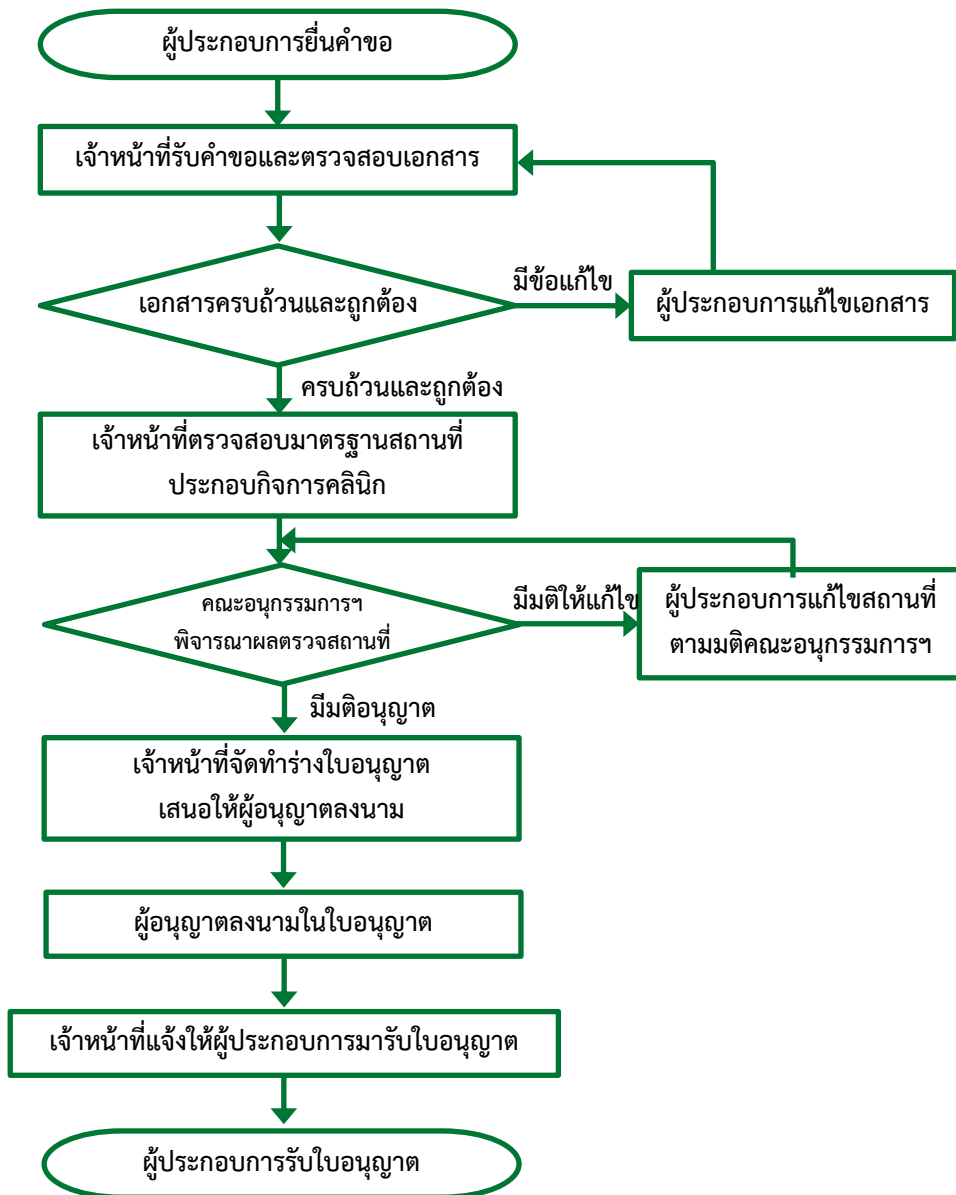
# ส่วนที่ 1

แนวทางการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

## รายการเอกสารประกอบการขออนุญาต

- คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ ส.พ.1)
- แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ ส.พ.2)
- คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.5)
- หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ.6)
- คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล/คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.18)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ และผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล  
ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล หรือทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม  
พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) และสำเนาใบอนุญาตทำงาน (work permit) กรณีผู้ขออนุญาตเป็นชาวต่างชาติ  
พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ และผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล พร้อมลงนาม  
รับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีเป็นนิติบุคคล แนบสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล พร้อมประทับตรานิติบุคคล (กรณีหนังสือระบุให้ประทับตรา  
นิติบุคคล) ผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และรับรองสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนของผู้มีสิทธิ  
ลงนามทุกคน
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการหรือยื่นเอกสารแทน ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจ สำเนาบัตรประชาชนของ  
ผู้รับมอบอำนาจ กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคล ต้องมีสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้มีสิทธิ์ลงนาม  
ทุกคน ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมติดอากรแสตมป์
- ใบรับรองแพทย์ของผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ และผู้ขออนุญาตดำเนินการ ฉบับจริง (ใบรับรองแพทย์ระบุ  
ไม่เป็นโรคต้องห้าม และไม่เกิน 6 เดือนนับแต่วันยื่นคำขอ)
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/การประกอบโรคศิลปะของผู้ดำเนินการ/ผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ/  
ใบอนุญาตบัตรหรือวุฒิบัตรหากเป็นเฉพาะทาง พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- รูปถ่ายของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ขนาด 3x4 ซม. จำนวน 3 รูป และขนาด 8x13 ซม. จำนวน 2 รูป
- แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและแผนผังภายในสถานพยาบาล
- สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ (โฉนดที่ดิน/หนังสือซื้อขาย/ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร อ.1) หากไม่ใช่เจ้าของ  
กรรมสิทธิ์ ต้องมีเอกสาร ดังนี้
  - กรณีเช่าสถานที่ ใช้สำเนาสัญญาเช่า สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า พร้อม  
ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล

## ขั้นตอนการพิจารณาอนุญาต



## การชำระค่าธรรมเนียม

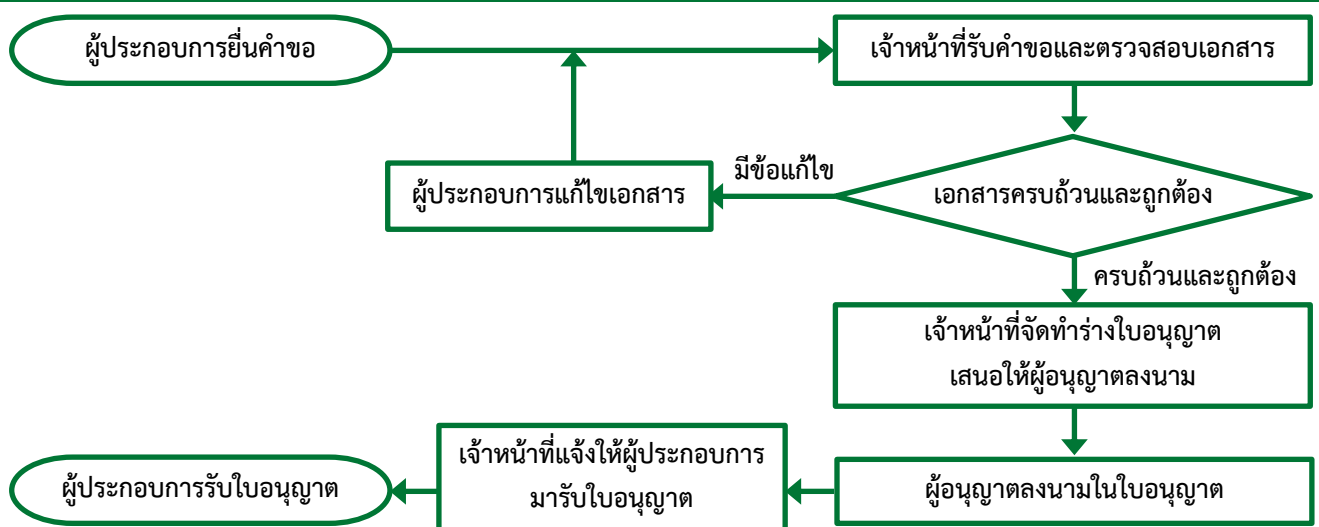
- ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล จำนวน 1,000 บาท
- ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล จำนวน 250 บาท



## รายการเอกสารประกอบการขออนุญาต

- คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.11)
- สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบกิจการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล หรือทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีเป็นนิติบุคคล แนบสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล พร้อมประทับตรานิติบุคคล (กรณีหนังสือระบุให้ประทับตรานิติบุคคล) ผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และรับรองสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนของผู้มีสิทธิลงนามทุกคน
- สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) และสำเนาใบอนุญาตทำงาน (work permit) กรณีผู้ขออนุญาตเป็นชาวต่างชาติ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการหรือยื่นเอกสารแทน ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจ สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคล ต้องมีสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้มีสิทธิ์ลงนามทุกคน ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมติดอากรแสตมป์
- สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- ใบรับรองแพทย์ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ไม่เป็นโรคต้องห้ามและร่างกายแข็งแรงและออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน)
- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7)
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8)
- แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาล
- หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาลจากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา 45 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

## ขั้นตอนการพิจารณาอนุญาต



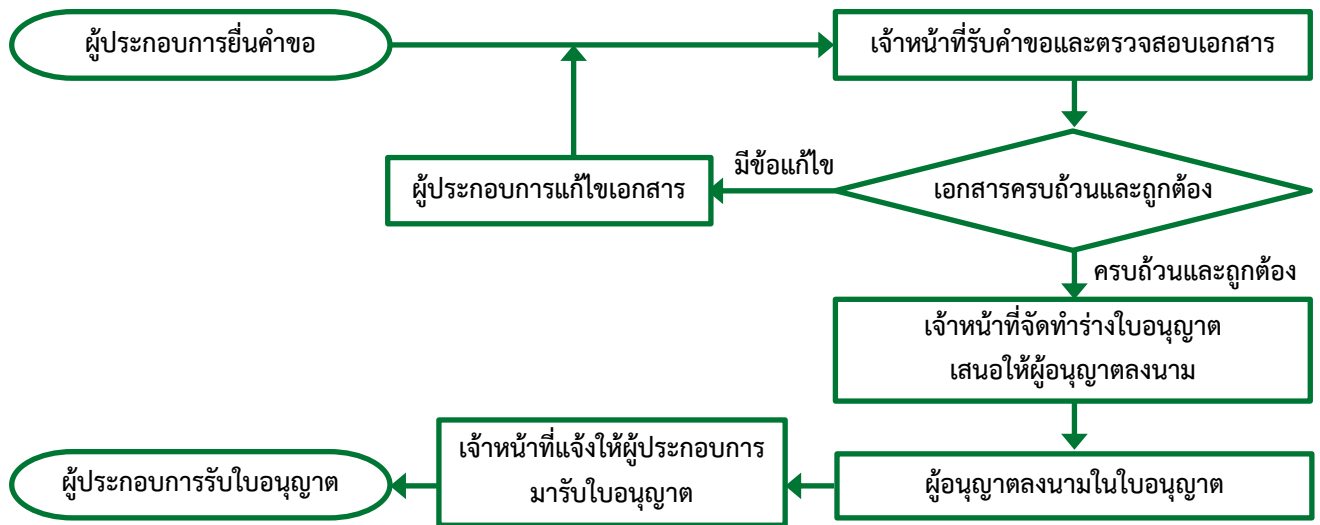
## การชำระค่าธรรมเนียม

- ค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล 1,000 บาท

## รายการเอกสารประกอบการขออนุญาต

- คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.20)
- สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ดำเนินการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล หรือทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) กรณีผู้ดำเนินการเป็นชาวต่างชาติ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการหรือยื่นเอกสารแทน ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินการ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19)
- ใบรับรองแพทย์ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (ไม่เป็นโรคต้องห้ามและร่างกายแข็งแรงและออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน)
- รูปถ่ายของผู้ดำเนินการขนาด 2.5 x 3 ซม. จำนวน 3 รูป (กรณีใบอนุญาตเดิมหมดพื้นที่ต่ออายุใบอนุญาต)
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8)

## ขั้นตอนการพิจารณาอนุญาต



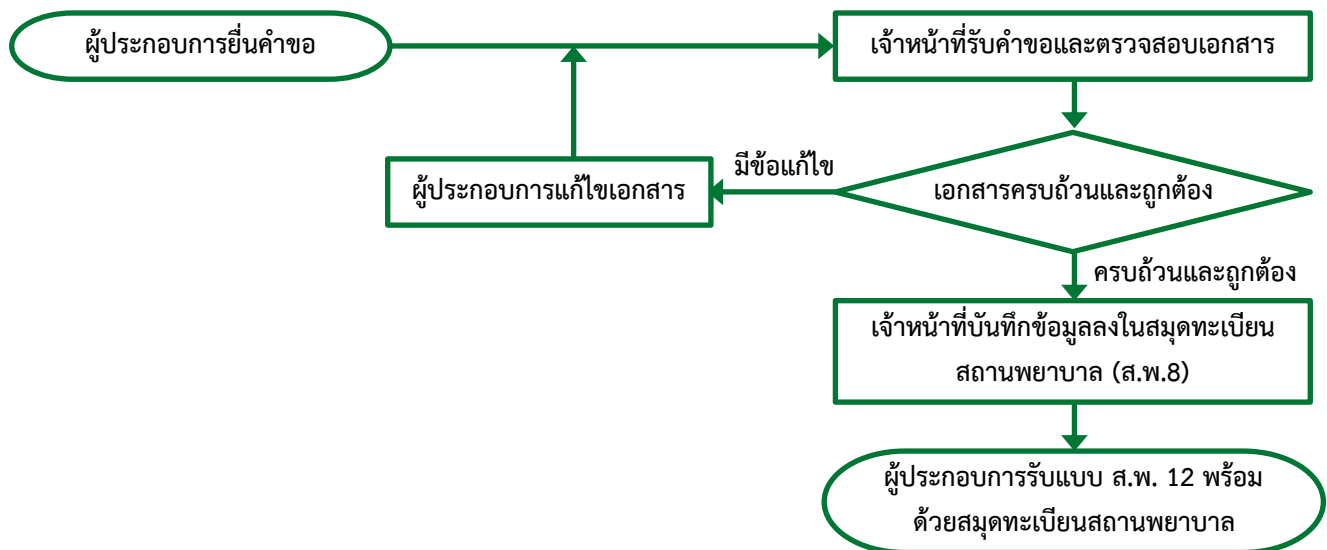
## การชำระค่าธรรมเนียม

- ค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการการสถานพยาบาล 250 บาท

## รายการเอกสารประกอบการขออนุญาต

- ค่าขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ประกอบกิจการ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล หรือทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงตำนานามพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีผู้ประกอบกิจการเป็นนิติบุคคล แนบสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล ให้ประทับตรานิติบุคคล (กรณีหนังสือสำคัญระบุให้ประทับตรานิติบุคคล) ผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนามทุกคน
- สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาใบอนุญาตทำงาน (work permit) กรณีผู้ประกอบกิจการเป็นชาวต่างชาติ (ฉบับจริงและสำเนา) ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8)
- รายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ส.พ.23)
- แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (Self-Assessment)

## ขั้นตอนการพิจารณาอนุญาต



## การชำระค่าธรรมเนียม

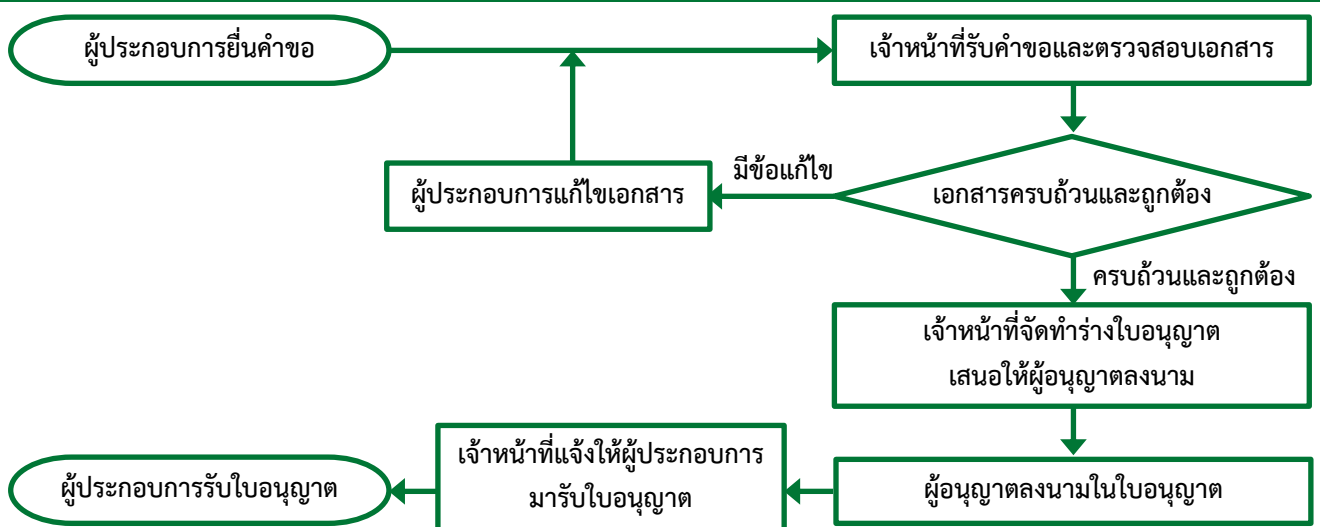
- ค่าธรรมเนียมประจำปีคลินิก 500 บาท

หมายเหตุ : ในปีที่ไม่อนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลหมดอายุ ได้รับยกเว้นไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียมประจำปี

## รายการเอกสารประกอบการขออนุญาต

- คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.18)
- หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (ส.พ.6)
- สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบกิจการและผู้ดำเนินการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล หรือทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงค่านำหน้านาม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) กรณีผู้ประกอบกิจการและผู้ดำเนินการเป็นชาวต่างชาติ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีผู้ประกอบกิจการเป็นนิติบุคคล แนบสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล ให้ประทับตรานิติบุคคล (กรณีหนังสือสำคัญระบุให้ประทับตรานิติบุคคล) ผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนามทุกคน
- กรณีผู้ประกอบกิจการมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการหรือยื่นเอกสารแทน ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19)
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดำเนินการ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- ใบรับรองแพทย์ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (ไม่เป็นโรคต้องห้ามและร่างกายแข็งแรงและออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน)
- รูปถ่ายของผู้ดำเนินการขนาด 4 x 3 ซม. จำนวน 3 รูป และขนาด 8 x 13 ซม. จำนวน 2 รูป
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8)
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติบัตรหรือหนังสือรับรองของผู้ดำเนินการ กรณีเป็นคลินิกเฉพาะทาง พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

## ขั้นตอนการพิจารณาอนุญาต



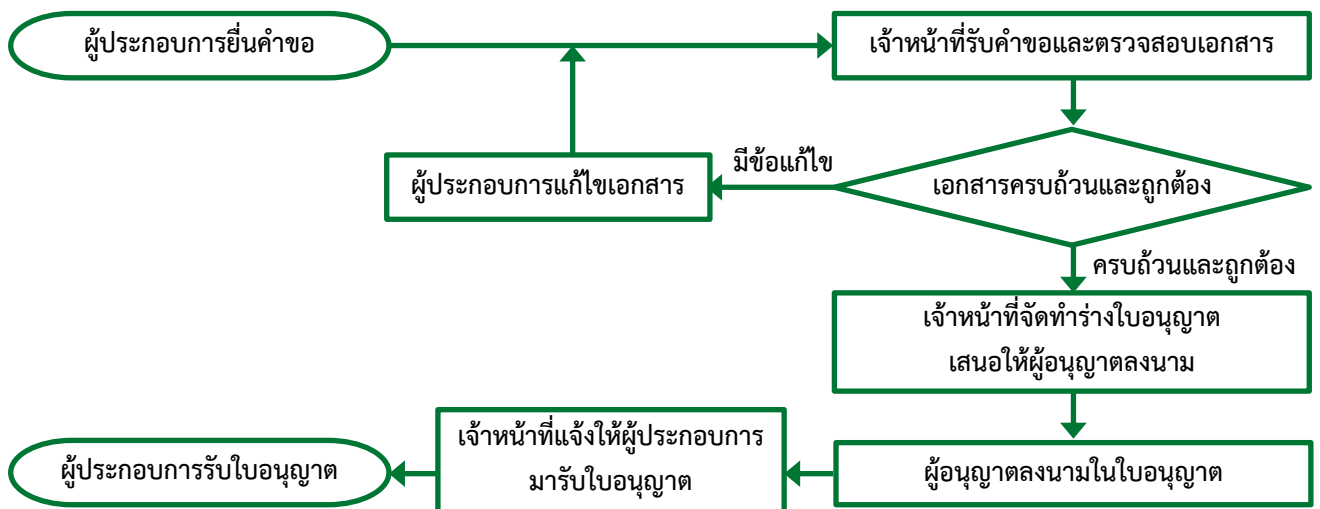
## การชำระค่าธรรมเนียม

- ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล จำนวน 250 บาท

## รายการเอกสารประกอบการขออนุญาต

- คำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.16)
- บัตรประจำตัวของผู้ประกอบกิจการ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดำเนินการ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล หรือทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีเป็นนิติบุคคล แนบสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล พร้อมประทับตรานิติบุคคล ผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนามทุกคน
- สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) กรณีผู้ขออนุญาตประกอบกิจการเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- ใบรับรองแพทย์ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ไม่เป็นโรคต้องห้ามและร่างกายแข็งแรงและออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน)
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการหรือยื่นเอกสารแทน ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์
- สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ฉบับจริง (ส.พ.7)
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8)
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
- ใบแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ.6 พร้อมสำเนาใบประกอบวิชาชีพ/ใบประกอบโรคศิลปะ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประชาชนของผู้ประกอบวิชาชีพ
- แผนผังแสดงลักษณะภายในคลินิกส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม
- แผนที่แสดงที่ตั้งของคลินิกและอาคารใกล้เคียง
- หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล (สำเนาสัญญาเช่าหรือสำเนาโฉนดที่ดิน) ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

## ขั้นตอนการพิจารณาอนุญาต



## การชำระค่าธรรมเนียม

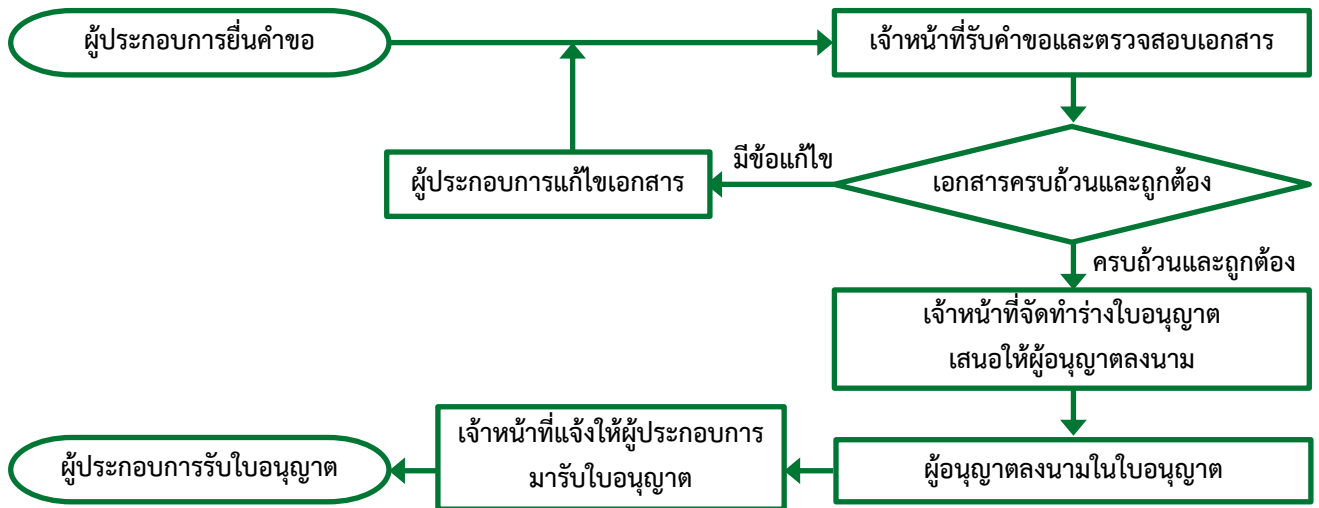
- ค่าธรรมเนียมการขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล 1,000 บาท



## รายการเอกสารประกอบการขออนุญาต

- คำขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล / สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.15)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ประกอบกิจการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล หรือทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีนิติบุคคล แนบสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล วัตถุประสงค์ ให้ประทับตรานิติบุคคล (กรณีหนังสือรับรองระบุให้ประทับตรา) ผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนามทุกคน
- สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) กรณีผู้ประกอบกิจการเป็นชาวต่างชาติ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการ หรือ Work Permit กรณีผู้ประกอบกิจการเป็นชาวต่างชาติ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์
- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) กรณีถูกทำลายในสาระสำคัญ
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8) กรณีถูกทำลายในสาระสำคัญ
- หนังสือแจ้งความ (กรณีใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล / สมุดทะเบียนสถานพยาบาลสูญหาย)

## ขั้นตอนการพิจารณาอนุญาต



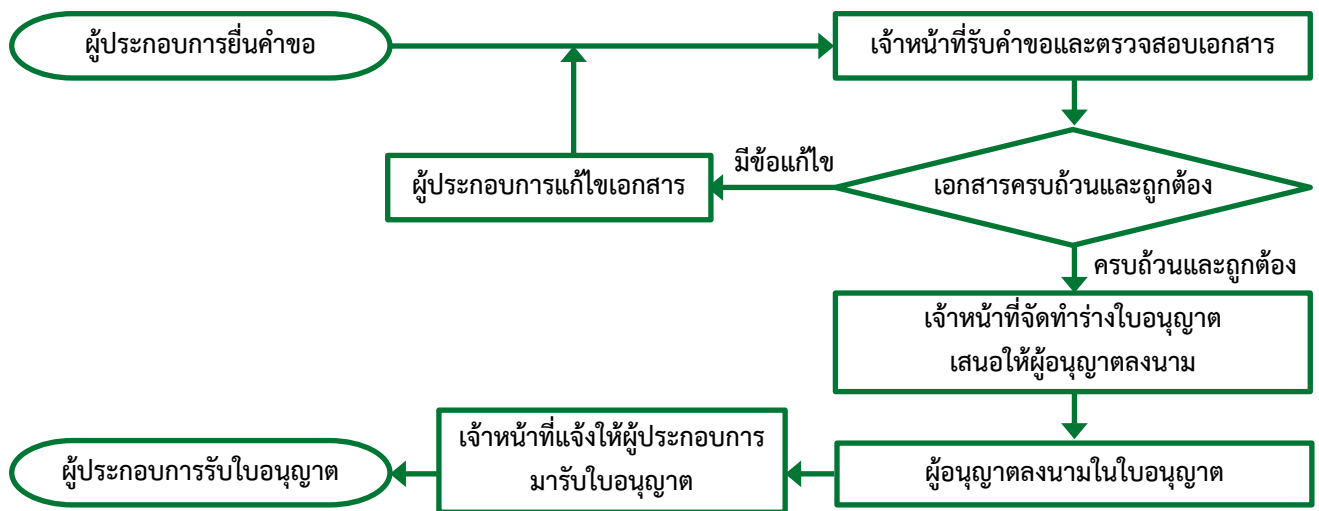
## การชำระค่าธรรมเนียม

- ค่าธรรมเนียมใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/สมุดทะเบียนสถานพยาบาล 200 บาท

## รายการเอกสารประกอบการขออนุญาต

- คำขอรับใบแทนใบอนุญาต กรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ (ส.พ.21)
- บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดำเนินการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล หรือทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีมอบอำนาจให้อื่นดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดำเนินการ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- รูปถ่ายผู้ดำเนินการ ขนาด 4 x 3 ซม. จำนวน 3 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ฉบับจริง (ส.พ.19)
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8)
- หนังสือแจ้งความ กรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหาย

## ขั้นตอนการพิจารณาอนุญาต



## การชำระค่าธรรมเนียม

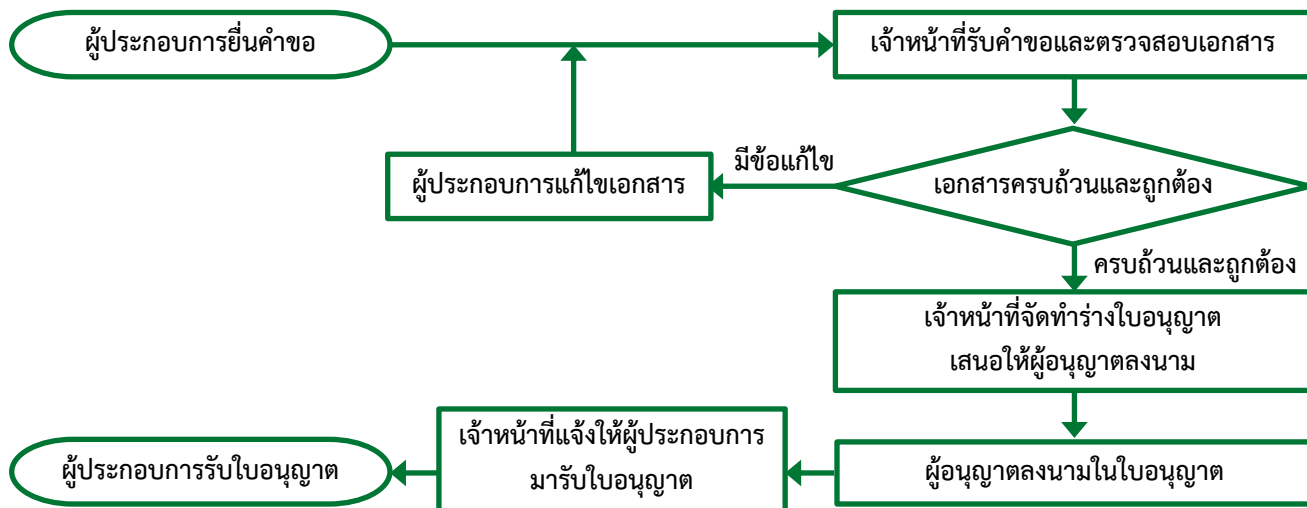
- ค่าธรรมเนียมการขอรับใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล 200 บาท



## รายการเอกสารประกอบการขออนุญาต

- หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล กรณีผู้รับอนุญาตตาย (ส.พ.14)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้แสดงความจำนง พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล หรือทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีผู้แสดงความจำนงเป็นนิติบุคคล แนบสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล พร้อมประทับตรานิติบุคคล ผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนามทุกคน
- สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) กรณีผู้แสดงความจำนงเป็นชาวต่างชาติ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้แสดงความจำนง หรือ Work Permit กรณีผู้แสดงความจำนงเป็นชาวต่างชาติ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- ใบรับรองแพทย์ของผู้แสดงความจำนง
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องมีหนังสือมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์
- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ฉบับจริง (ส.พ.7)
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8)
- เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาลของผู้แสดงความจำนง พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- ใบมรณะบัตรของผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

## ขั้นตอนการพิจารณาอนุญาต



## การชำระค่าธรรมเนียม

- ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ. สถานพยาบาล 1,000 บาท

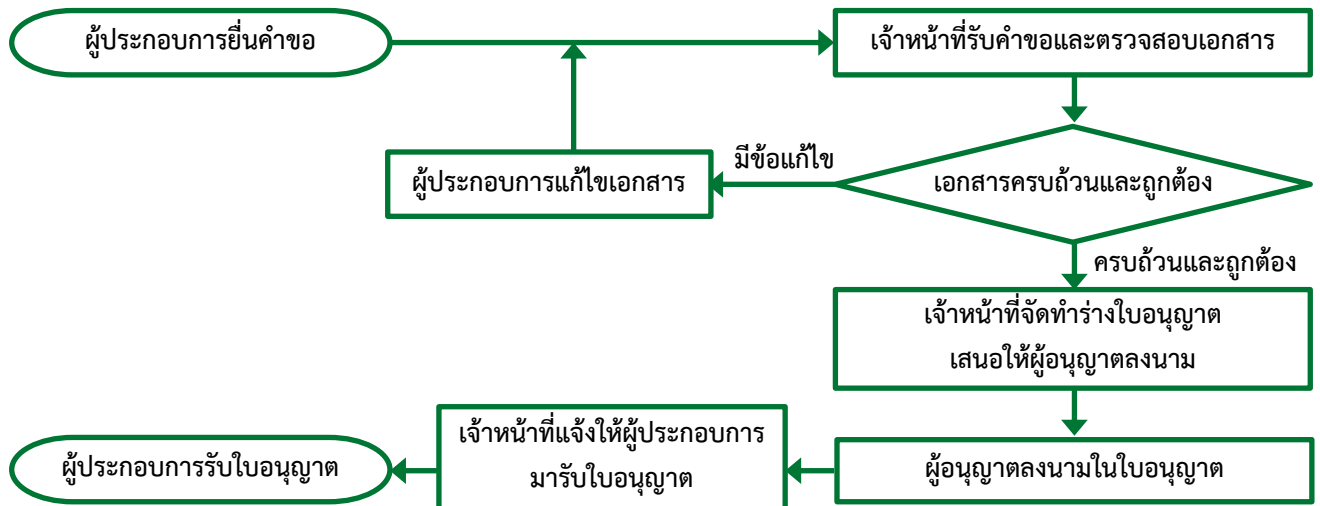




## รายการเอกสารประกอบการขออนุญาต

- คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.10)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ประกอบกิจการ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีผู้ประกอบกิจการเป็นนิติบุคคล แนบสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล พร้อมประทับตรานิติบุคคล ผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนามทุกคน
- สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) กรณีผู้ประกอบกิจการเป็นชาวต่างชาติ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องมีหนังสือมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ประกอบกิจการ หรือ Work Permit กรณีผู้ประกอบกิจการเป็นชาวต่างชาติ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7)
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8)
- ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ กรณีเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้ประกอบกิจการ
- กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต หรือจังหวัด ให้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้องในการเปลี่ยนชื่อที่ตั้งสถานพยาบาล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ.6) พร้อมเอกสารแนบกรณีขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับวุฒิปัตรี หรืออนุมัติบัตรทุกราย

## ขั้นตอนการพิจารณาอนุญาต



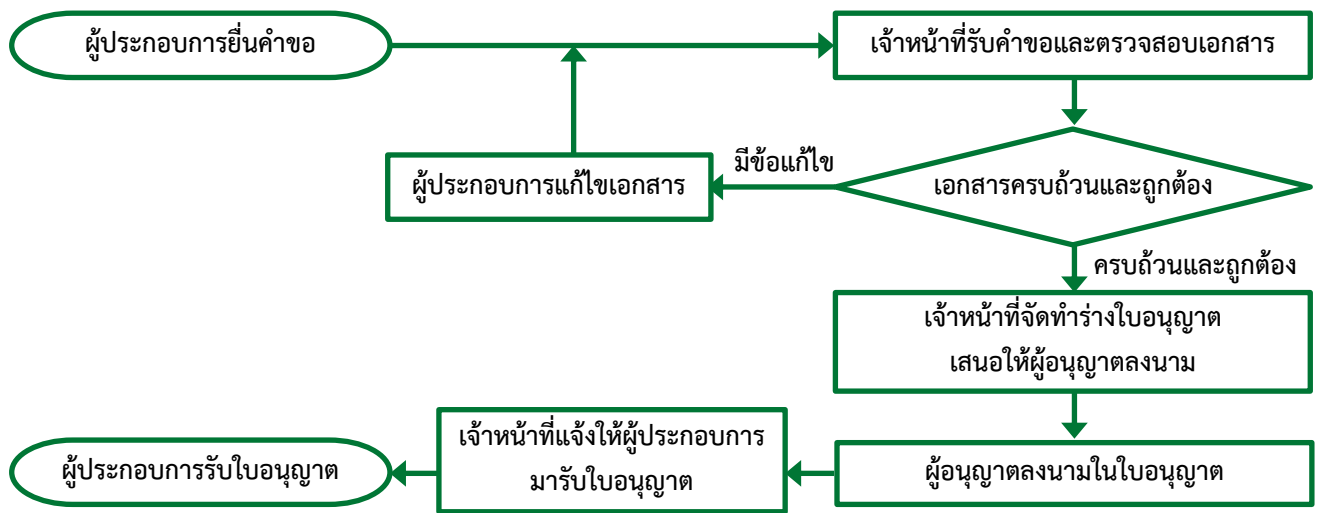
## การชำระค่าธรรมเนียม

- ค่าธรรมเนียมการแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล 100 บาท
- ค่าธรรมเนียมใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล 200 บาท

## รายการเอกสารประกอบการขออนุญาต

- คำขอเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.22)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดำเนินการ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องมีหนังสือมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์
- รูปถ่ายผู้ดำเนินการ ขนาด 4 x 3 ซม. จำนวน 3 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ฉบับจริง (ส.พ.19)
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8)
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล หรือทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีการเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต หรือจังหวัด ให้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้องในการเปลี่ยนชื่อที่ตั้งสถานพยาบาล ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

## ขั้นตอนการพิจารณาอนุญาต



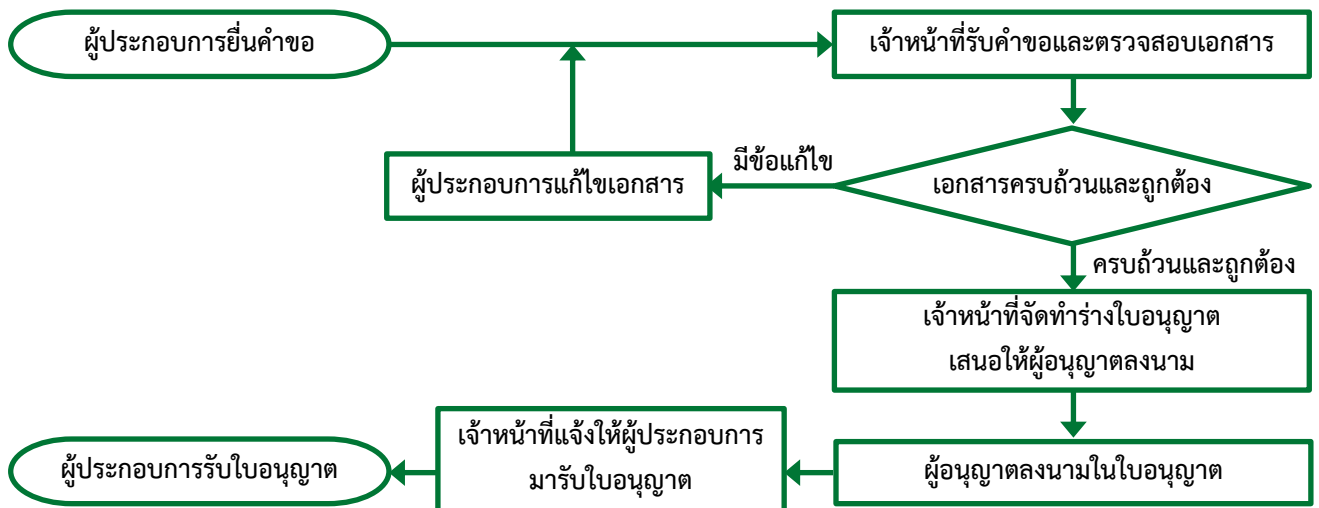
## การชำระค่าธรรมเนียม

- ค่าธรรมเนียมการแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล 100 บาท
- ค่าธรรมเนียมใบแทนใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล 200 บาท

## รายการเอกสารประกอบการขออนุญาต

- คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.13)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้โอน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล หรือทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีผู้โอนและผู้รับโอนเป็นนิติบุคคล แนบสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล วัตถุประสงค์ ให้ประทับตรานิติบุคคล (กรณีหนังสือรับรองระบุให้ประทับตรานิติบุคคล) ผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนามทุกคน
- สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) กรณีผู้โอนหรือผู้รับโอนเป็นชาวต่างชาติ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้โอนและผู้รับโอน หรือ Work Permit กรณีผู้โอนหรือผู้รับโอนเป็นชาวต่างชาติ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์
- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7)
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8)

## ขั้นตอนการพิจารณาอนุญาต



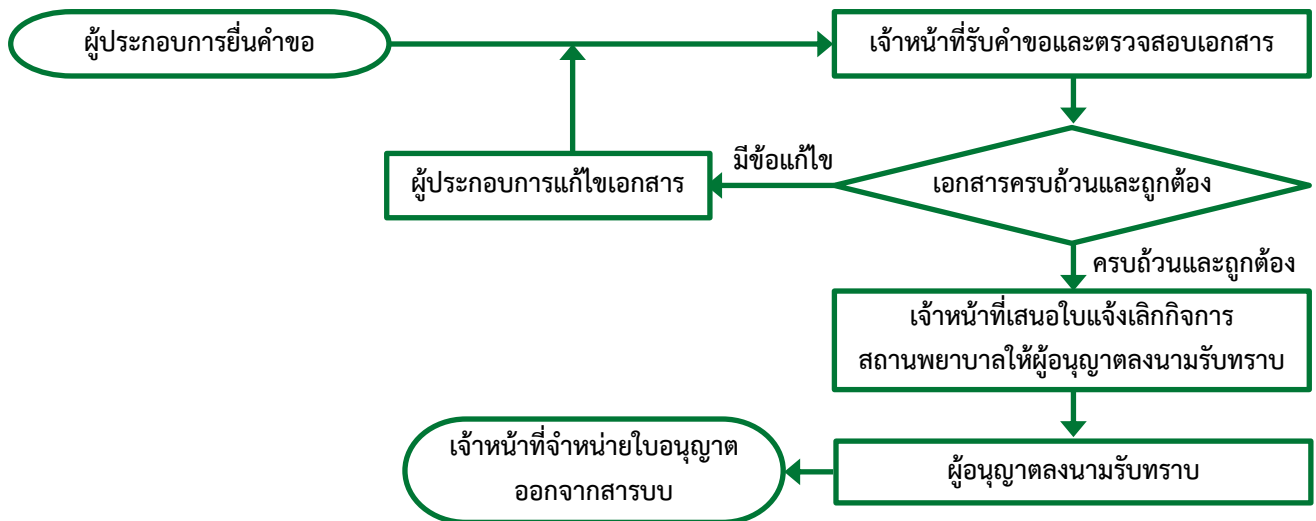
## การชำระค่าธรรมเนียม

- ค่าธรรมเนียมการโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล 200 บาท

## รายการเอกสารประกอบการขออนุญาต

- หนังสือขอแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.17)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ประกอบกิจการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล หรือทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีผู้ประกอบกิจการเป็นนิติบุคคล แนบสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล พร้อมประทับตรานิติบุคคล ผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิลงนามทุกคน
- สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) กรณีผู้ประกอบกิจการเป็นชาวต่างชาติ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์
- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ฉบับจริง (ส.พ.7)
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ฉบับจริง (ส.พ.19)
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8)

## ขั้นตอนการพิจารณาอนุญาต



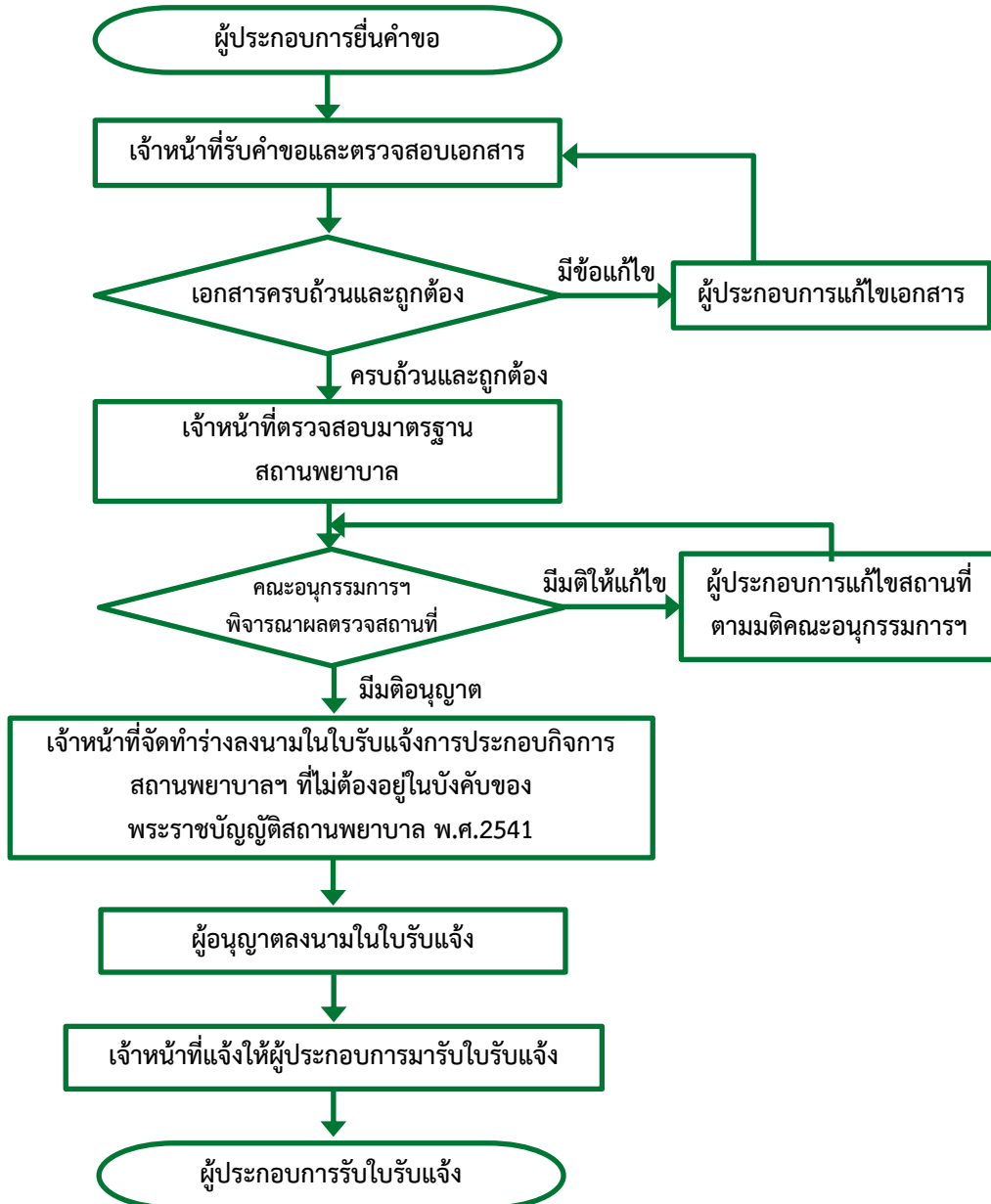
## การชำระค่าธรรมเนียม

- ไม่มีค่าธรรมเนียม

## รายการเอกสารประกอบการขออนุญาต

- คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ ส.พ.1)
- แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ ส.พ.2)
- คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.5)
- หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ.6)
- คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล/คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.18)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ และผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล  
ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล หรือทะเบียนสมรส กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้านาม  
พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) และสำเนาใบอนุญาตทำงาน (work permit) กรณีผู้ขออนุญาตเป็นชาวต่างชาติ  
พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ และผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล พร้อมลงนาม  
รับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีเป็นนิติบุคคล แนบสำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล พร้อมประทับตรานิติบุคคล (กรณีหนังสือระบุให้ประทับตรา  
นิติบุคคล) ผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และรับรองสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนของผู้มีสิทธิ  
ลงนามทุกคน
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการหรือยื่นเอกสารแทน ต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจ สำเนาบัตรประชาชนของ  
ผู้รับมอบอำนาจ กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคล ต้องมีสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้มีสิทธิลงนาม  
ทุกคน ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมติดอากรแสตมป์
- ใบรับรองแพทย์ของผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ และผู้ขออนุญาตดำเนินการ ฉบับจริง (ใบรับรองแพทย์ระบุ  
ไม่เป็นโรคต้องห้าม และไม่เกิน 6 เดือนนับแต่วันยื่นคำขอ)
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/การประกอบโรคศิลปะของผู้ดำเนินการ/ผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ/  
ใบอนุญาตบัตรหรือวุฒิบัตรหากเป็นเฉพาะทาง พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- รูปถ่ายของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ขนาด 3x4 ซม. จำนวน 3 รูป และขนาด 8x13 ซม. จำนวน 2 รูป
- แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและแผนผังภายในสถานพยาบาล
- สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ (โฉนดที่ดิน/หนังสือซื้อขาย/ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร อ.1) หากไม่ใช่เจ้าของ  
กรรมสิทธิ์ ต้องมีเอกสาร ดังนี้
  - กรณีเช่าสถานที่ ใช้สำเนาสัญญาเช่า สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า พร้อม  
ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล

## ขั้นตอนการพิจารณาอนุญาต



## การชำระค่าธรรมเนียม

- ไม่มีค่าธรรมเนียม

# ส่วนที่ 2

ภาคผนวก

สรุปการมอบอำนาจและมอบหมายของอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
ด้านสถานพยาบาล

คำสั่งที่เกี่ยวข้อง

คำสั่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ 1643/2563 เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้อนุญาตแทนอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ภารกิจที่มอบอำนาจหรือมอบหมาย

ภารกิจ	มอบหมาย	
	นายแพทย์ สจ.	ผู้ทีนายแพทย์ สจ. มอบหมาย*
1. การอนุญาตเกี่ยวกับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทุกชั้นตอน กระบวนการตามกฎหมาย	✓	
2. การอนุญาตเกี่ยวกับการดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ทุกชั้นตอนกระบวนการตามกฎหมาย	✓	
3. การรับทราบการดำเนินการสถานพยาบาลแทนผู้ดำเนินการคนเดิมซึ่ง พ้นจากหน้าที่ หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามมาตรา ๒๖ ของสถานพยาบาลประเภท ที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน	✓	
4. รับแจ้งสถานพยาบาลอื่นที่ได้รับยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วย สถานพยาบาล	✓	
5. อนุมัติและระงับการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล	✓	
6. การอนุมัติแผนการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน	✓	✓
7. การแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว ตามข้อ 18 แห่งกฎกระทรวง ว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. 2545	✓	✓
8. การออกหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี	✓	✓
9. การบันทึกรายการ แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล และการรับแจ้งสมุดทะเบียนสถานพยาบาลกรณีสูญหายหรือถูกทำลายซึ่งสาระสำคัญ ตามข้อ 14, 15 และ 17 แห่งกฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. 2545	✓	✓
10. การต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ยกเว้นกรณีที่ต้องออกใบอนุญาต ให้ใหม่)	✓	✓

\* ต้องดำเนินการจัดทำคำสั่งมอบหมาย





คำสั่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ที่ ๑๖๔๓ /๒๕๖๓

เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้อนุญาตแทนอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

อาศัยอำนาจตามความของบทนิยามคำว่า “ผู้อนุญาต” ในมาตรา ๔ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงออกคำสั่งไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในราชการบริหารส่วนกลาง (กรุงเทพมหานคร)

๑.๑ มอบหมายให้รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่รับผิดชอบงานด้านสถานพยาบาล เป็นผู้อนุญาตในเรื่องการอนุมัติและระงับการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล ตามมาตรา ๓๘ และมาตรา ๓๙

๑.๒ มอบหมายให้ผู้อำนวยการกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นผู้อนุญาตแทนในเรื่องดังต่อไปนี้

(๑) เป็นผู้อนุญาตสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทุกชั้นตอน กระบวนการตามกฎหมาย

(๒) เป็นผู้อนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทุกชั้นตอนกระบวนการตามกฎหมาย

(๓) เป็นผู้อนุญาตสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เฉพาะในเรื่องดังต่อไปนี้

(ก) การรับทราบการดำเนินการสถานพยาบาลแทนผู้ดำเนินการคนเดิม ซึ่งพ้นจากหน้าที่ หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ตามมาตรา ๒๖

(ข) การรับทราบการแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๔๔

(๔) รับแจ้งสถานพยาบาลอื่นที่ได้รับยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลตาม ข้อ ๔ (๑) (๒) และ (๓) แห่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

๑.๓ มอบหมายให้ผู้อำนวยการกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นผู้อนุญาตแทน และหากผู้อำนวยการกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เห็นสมควรให้ข้าราชการผู้ใดเป็นผู้อนุญาตแทนก็ให้สามารถทำได้ โดยถือว่าอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเห็นชอบในเรื่องดังต่อไปนี้

(๑) การอนุมัติแผนการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

(๒) เป็นผู้อนุญาตสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนและสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ในเรื่องดังต่อไปนี้

๒/(ก) ...

(ก) การแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว ตามข้อ ๑๘ แห่งกฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕

(ข) การออกหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลประจำปี

(ค) การบันทึกรายการ แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในสมุดทะเบียนสถานพยาบาล และการรับแจ้ง กรณีสมุดทะเบียนสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ ทั้งนี้ ตามข้อ ๑๔ ข้อ ๑๕ และข้อ ๑๗ แห่งกฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕

(ง) รับทราบการขึ้นทะเบียนและการถูกเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามข้อ ๕ และข้อ ๗ แห่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นที่มีลักษณะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการยกเว้นตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

๑.๔ มอบหมายให้ผู้อำนวยการศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นผู้อนุญาตแทน ในเรื่องการอนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ยกเว้นกรณีต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลที่ต้องมีการออกใบอนุญาตให้ใหม่

ข้อ ๒ ในราชอาณาจักรบริหารส่วนภูมิภาค (จังหวัด)

๒.๑ มอบหมายให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้อนุญาตแทนอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ในเขตจังหวัดที่มีอำนาจหน้าที่กำกับดูแลและรับผิดชอบในการปฏิบัติราชการ ในเรื่องดังต่อไปนี้

(๑) เป็นผู้อนุญาตสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทุกชั้นตอน กระบวนการตามกฎหมาย

(๒) เป็นผู้อนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทุกชั้นตอนกระบวนการตามกฎหมาย

(๓) เป็นผู้อนุญาตสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เฉพาะในเรื่องดังต่อไปนี้

(ก) การรับทราบการดำเนินการสถานพยาบาลแทนผู้ดำเนินการคนเดิมซึ่งพ้นจากหน้าที่ หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ตามมาตรา ๒๖

(ข) การรับทราบการแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๔๔

(๔) รับแจ้งสถานพยาบาลอื่นที่ได้รับยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลตาม ข้อ ๔ (๑) (๒) และ (๓) แห่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(๕) อนุมัติและระงับการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลตามมาตรา ๓๘ และมาตรา ๓๙

๒.๒ มอบหมายให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้อนุญาตแทน และหากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เห็นสมควรให้ข้าราชการผู้ใดเป็นผู้อนุญาตแทนก็ให้สามารถทำได้โดยถือว่าอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเห็นชอบในเรื่องดังต่อไปนี้

(๑) การอนุมัติแผนการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

(๒) เป็นผู้อนุญาตสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนและสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ในเรื่องดังต่อไปนี้

(ก) การแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว ตามข้อ ๑๘ แห่งกฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕

(ข) การออกหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลประจำปี

(ค) การบันทึกรายการ แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล และการรับแจ้งสมุดทะเบียนสถานพยาบาลกรณีสมุดทะเบียนสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ ทั้งนี้ ตามข้อ ๑๔ ข้อ ๑๕ และข้อ ๑๗ แห่งกฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕

(ง) รับทราบการขึ้นทะเบียนและการถูกเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามข้อ ๕ และข้อ ๗ แห่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นที่มีลักษณะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการยกเว้นตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(๓) เป็นผู้อนุญาตแทน ในเรื่องการอนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ยกเว้นกรณีต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลที่ต้องมีการออกใบอนุญาตให้ใหม่

ข้อ ๓ การมอบหมายดังกล่าวนี้ ไม่ตัดอำนาจอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในฐานะผู้อนุญาตในการดำเนินการเรื่องใดเรื่องหนึ่งตามคำสั่งฉบับนี้

ข้อ ๔ ผู้ที่ได้รับมอบหมายตามคำสั่งนี้ต้องจัดให้มีการสรุปรายงานในประเด็นสำคัญให้อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพทราบ เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองผู้บริโภคปีละหนึ่งครั้ง

ข้อ ๕ ให้ยกเลิก

(๑) คำสั่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๓๘๐/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้อนุญาตแทน

(๒) คำสั่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๕๔๔/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้อนุญาตแทน (ฉบับที่ ๒)

(๓) คำสั่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๔๐๕/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้อนุญาตแทน (ฉบับที่ ๓)

(๔) คำสั่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๙๑๕/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑ เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้อนุญาตแทน (ฉบับที่ ๔)

(๕) คำสั่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๒๒๘๔/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๑ เรื่อง มอบหมายให้เป็นผู้อนุญาตแทน (ฉบับที่ ๕)

(๖) คำสั่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๕๓๔/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๒ เรื่อง มอบหมายให้เป็นผู้อนุญาตแทน (ฉบับที่ ๖)

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

สำเนาถูกต้อง

  
(นายบุญเลิศ เตียวสุวรรณ)  
นิติกรชำนาญการพิเศษ

กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลงชื่อ ธรศ กรัษนัยรวิวงศ์

(นายธรศ กรัษนัยรวิวงศ์)

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



พร้อมกับคำ ขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยจำนวน ..... ฉบับ คือ

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล   | <input type="checkbox"/> แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้าง |
| <input type="checkbox"/> แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล  | <input type="checkbox"/> ในบริเวณใกล้เคียง                              |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต  | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว                              |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล   |   |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์  |   |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล) |   |
| <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล  |   |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....  |   |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ  
( ..... )

- หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย  $\surd$  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ
2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

## แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๑. ลักษณะสถานพยาบาลเป็น

- คลินิกเวชกรรม
- คลินิกทันตกรรม
- คลินิกเฉพาะทาง     ด้านเวชกรรม     ด้านทันตกรรม     ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- คลินิกกายภาพบำบัด
- คลินิกเทคนิคการแพทย์
- คลินิกการแพทย์แผนไทย                       การแพทย์แผนไทย     การแพทย์แผนไทยประยุกต์
- คลินิกการประกอบโรคศิลปะ     กิจกรรมบำบัด     การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย
- เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก     รังสีเทคนิค     จิตวิทยาคลินิก     กายอุปกรณ์
- การแพทย์แผนจีน                       อื่น ๆ
- สหคลินิก ประกอบด้วย .....

๒. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม .....

๓. ลักษณะอาคารซึ่งใช้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล

- เป็นอาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ     เป็นอาคารอยู่อาศัย     เป็นห้องแถว     เป็นตึกแถว
- เป็นบ้านแถว     เป็นบ้านแฝด     เป็นอาคารพาณิชย์     ตั้งอยู่ในศูนย์การค้า
- อื่น ๆ ..... มี.....คูหา.....ชั้น

๔. พื้นที่.....ตารางเมตร กว้าง.....เมตร ยาว.....เมตร สูง.....เมตร

๕. จำนวนของผู้ประกอบวิชาชีพ.....คน

๖. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

๗. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ..... วันนับแต่วันยื่นแบบ ส.พ.๑

ชื่อสถานพยาบาล.....

.....

เวลาเปิดทำการ.....

.....

สถานที่ปฏิบัติงานประจำของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

.....

เวลาปฏิบัติงาน ณ สถานที่ปฏิบัติงานประจำ

.....

ระยะห่างระหว่างสถานที่ปฏิบัติงานประจำกับสถานพยาบาล.....ก.ม.

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

อนุมัติ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้อนุญาต

วันที่.....

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ



๒.๒ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....เตียง

- โรงพยาบาลทั่วไป    ขนาดเล็ก    ขนาดกลาง    ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลเฉพาะทาง .....  ขนาดเล็ก    ขนาดกลาง    ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลทันตกรรม    ขนาดเล็ก    ขนาดกลาง    ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์    ขนาดเล็ก    ขนาดกลาง    ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลกายภาพบำบัด    ขนาดเล็ก    ขนาดกลาง    ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย    ขนาดเล็ก    ขนาดกลาง    ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย    ขนาดเล็ก    ขนาดกลาง    ขนาดใหญ่

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> อายุรกรรม                               | <input type="checkbox"/> ศัลยกรรม                  | <input type="checkbox"/> สูตินรีเวชกรรม     | <input type="checkbox"/> กุมารเวชกรรม    |
| <input type="checkbox"/> แผนกเทคนิคการแพทย์                      | <input type="checkbox"/> แผนกออร์โธปิดิกส์         | <input type="checkbox"/> แผนกโรคผิวหนัง     | <input type="checkbox"/> แผนกการผสมเทียม |
| <input type="checkbox"/> แผนกกายภาพบำบัด                         | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทย        | <input type="checkbox"/> แผนกโชนาการ        | <input type="checkbox"/> แผนกซักฟอก      |
| <input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยหนัก                           | <input type="checkbox"/> ห้องตรวจภายในและซูดมดลูก  | <input type="checkbox"/> ห้องผ่าตัดเล็ก     | <input type="checkbox"/> ห้องให้การรักษา |
| <input type="checkbox"/> ห้องทารกหลังคลอด                        | <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ    | <input type="checkbox"/> ห้องไตเทียม        | <input type="checkbox"/> ห้องทันตกรรม    |
| <input type="checkbox"/> รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์            | <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปิดหัวใจ        | <input type="checkbox"/> การสวนหัวใจ        | <input type="checkbox"/> รังสีบำบัด      |
| <input type="checkbox"/> การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า | <input type="checkbox"/> การสลายนิ้วด้วยเครื่องมือ | <input type="checkbox"/> ห้องเก็บศพ         |  |
| <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์              | <input type="checkbox"/> แผนกการนวด                | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนจีน | <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....     |

๓.วัน/เวลาที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ) .....

ณ สถานพยาบาลชื่อ .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ ที่แสดงการเปลี่ยนแปลงมาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- สำเนาบัตรประจำตัว
- หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ. ๖
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้อนุญาต
- สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล
- สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
- สำเนาบัตรประชาชน หรือหนังสืออนุมัติ (ถ้ามี)
- หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
- แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง
- เอกสารแสดงลักษณะของสถานพยาบาล โดยมีรายการ ดังต่อไปนี้
- (ก) แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล
- (ข) แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลอย่างน้อยด้านหน้าและด้านข้าง
- (ค) แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร
- (ง) ผังแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สำคัญในแต่ละส่วนอาคาร
- (จ) ผังการสัญจรของผู้ใช้สอยแต่ละประเภทในอาคาร
- (ฉ) เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร
- (ช) ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย



- กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องมีการเพิ่มเติมนัดนี้
- (ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ
- (ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ตัดแปลงอาคาร หรือ รื้อถอนอาคาร
- (ค) หนังสือแสดงความเห็นชอบรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม
- อื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
2. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
3. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
4. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

( ..... )

- หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ
2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน  
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า .....เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อายุ ..... ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....

เลขที่ใบอนุญาต..... ออกให้วันที่ .....

ได้รับ  หนังสืออนุมัติ  วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ..... ออกให้วันที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ปัจจุบันข้าพเจ้า

ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

รับราชการ หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ (ระบุสถานที่ วัน เวลาทำการ) .....

ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน

เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานพยาบาล.....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... มาก่อน แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล .....

โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้ .....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

สำเนาบัตรประจำตัว

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ

สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ

รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป

อื่น ๆ .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้แสดงความจำนง

(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

**คำขอเปลี่ยนแปลงรายการ  
ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล**

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**๑. ข้าพเจ้า**

๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

๑.๒ นิตินบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (๒) ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จัดทะเบียนเมื่อ ..... เลขทะเบียน .....

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เพียง  
ลักษณะของสถานพยาบาล .....

ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....

ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

**๒. มีความประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้**

เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล เป็น.....

เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต เป็น.....

เปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ตามที่ทางราชการกำหนด)

การเปลี่ยนผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับวุฒิปัตรี หรือหนังสืออนุมัติ จำนวน.....ราย  
เป็น.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

เปลี่ยนแปลง วัน/เวลาเปิดทำการ เป็น.....

.....

.....

.....

.....

อื่นๆ .....

.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต  
( ..... )

- หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ
2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

## คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## ๑. ข้าพเจ้า

 ๑.๑ ชื่อ .....เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี ๑.๒ นิตินุคคล.....โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
และ (๒) ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เป็นนิตินุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ ..... เลขทะเบียน .....

๑.๓ มี  บ้าน  สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง

## ๒. ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ขอต่ออายุใบอนุญาต (ซึ่งเป็นการต่ออายุตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ครั้งที่ .....) )

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

 สำเนาบัตรประจำตัว ใบรับรองแพทย์ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

( ..... )

หมายเหตุ ๑.ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

## คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## ๑. ข้าพเจ้า

 ๑.๑ ชื่อ .....เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี ๑.๒ นิตินบุคคล.....โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (๒) ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เพียง  
ลักษณะของสถานพยาบาล .....  
ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....  
ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....  
โดยมี ..... เป็นผู้ดำเนินการ

## ๒. มีความประสงค์ขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลดังกล่าวข้างต้น ให้แก่

 ๒.๑ ชื่อ .....เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี ๒.๒ นิตินบุคคล.....โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (๒) ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เป็นนิตินบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ ..... เลขทะเบียน .....

๒.๓ มี  บ้าน  สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล  สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับโอน
- เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์  สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับโอน
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล  ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน
- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิตินบุคคล (กรณีผู้รับโอนเป็นนิตินบุคคล)

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้โอน

(.....)

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับโอน

(.....)

## ข้าพเจ้าผู้รับโอนขอรับรองว่า

1. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งชอด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ
2. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
3. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
4. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับโอน

( ..... )

- หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ
2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล  
กรณีผู้รับอนุญาตตาย

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## ๑. ข้าพเจ้า

 ๑.๑ ชื่อ .....เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี ๑.๒ นิตินบุคคล.....โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (๒) ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เป็นนิตินบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ ..... เลขทะเบียน .....

๑.๓ มี  บ้าน  สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. มีความประสงค์ขอประกอบกิจการสถานพยาบาลของ ..... ผู้รับอนุญาตซึ่งตายตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

สถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เตียงลักษณะของสถานพยาบาล.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....

ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- สำเนาบัตรประจำตัว  สมุดทะเบียนสถานพยาบาล  สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาใบมรณะบัตรของผู้รับอนุญาต  ใบรับรองแพทย์
- ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล  สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิตินบุคคล (กรณีเป็นนิตินบุคคล)



ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งชอด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ
2. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
3. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
4. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้แสดงความจำนง

( ..... )

- หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ
2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

- คำขอใบแทนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- คำขอใบแทนสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

๑.๒ นิตินบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (๒) .....เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เตียง  
 ลักษณะของสถานพยาบาล .....  
 ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
 ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....  
 ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. มีความประสงค์ขอใบแทน  ใบอนุญาต เนื่องจาก  ถูกทำลายในสาระสำคัญ  สูญหาย  
 สมุดทะเบียนสถานพยาบาล เนื่องจาก  ถูกทำลายในสาระสำคัญ  สูญหาย  
 ที่.....  
 เมื่อวันที่.....

- พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
  - สำเนาทะเบียนบ้าน
  - สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)
  - ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (กรณีถูกทำลาย)
  - สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (กรณีถูกทำลาย)
  - เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต  
 ( ..... )

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

**คำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล**

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**๑. ข้าพเจ้า**

๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

๑.๒ นิตินุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (๒) .....เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เพียง  
ลักษณะของสถานพยาบาล .....  
ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....  
ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

**๒. มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ ดังต่อไปนี้**

- การลดหรือเพิ่มแผนกบริการ
- การลดหรือเพิ่มจำนวนเตียงรับบริการในแผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยหนัก
- การลดหรือเพิ่มจำนวนห้องผ่าตัดหรือห้องคลอด
- การเปลี่ยนแปลงลักษณะของสถานพยาบาลจากที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว
- การเปลี่ยนแปลงลักษณะการใช้สอยอาคาร โดยการย้ายสถานที่หรือแผนกบริการภายในอาคารจากผังเดิมที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว
- การเพิ่มหรือลดอุปกรณ์
- การก่อสร้างอาคารชั้นใหม่ที่ต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร
- การก่อสร้างอาคารชั้นใหม่ที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง
- การตัดแปลงอาคารที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อค่าบริการผู้ป่วยในระหว่างการดำเนินการตัดแปลงนั้น
- การตัดแปลงอาคารที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง
- อื่น ๆ .....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ ที่แสดงการเปลี่ยนแปลงมาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว                                 | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน                            |
| <input type="checkbox"/> หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์                             | <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล                       |
| <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการจดทะเบียน (กรณีเป็นนิติบุคคล)     | <input type="checkbox"/> กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน |
| <input type="checkbox"/> แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง      | และเป็นการเพิ่มบริการหรือก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่                       |
| <input type="checkbox"/> แบบแปลนแผนผังสิ่งปลูกสร้างแสดงลักษณะภายในอาคาร    | หรือตัดแปลงอาคาร จะต้อง มี   |
| ส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม  | - หลักฐานการอนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล                        |
| <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล                 | - ใบอนุญาตใช้อาคาร (เฉพาะกรณีก่อสร้าง                                |
| <input type="checkbox"/> ใบแสดงความจำเป็นเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ. ๖   | อาคารขึ้นใหม่หรือตัดแปลงอาคาร)                                       |
| พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน                           | - หนังสือรับรองการจัดทำรายงานการวิเคราะห์                            |
| และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ (กรณีเพิ่ม                         | ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมของกระทรวงวิทยาศาสตร์                           |
| บริการหรือเพิ่มจำนวนเตียง)   | เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม (เฉพาะกรณีก่อสร้าง                           |
| <input type="checkbox"/> สำเนาอนุมัติบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จากสภาวิชาชีพ | อาคารขึ้นใหม่หรือตัดแปลงอาคาร)                                       |
| ในสาขาที่ให้บริการ (ถ้ามีการให้บริการเฉพาะสาขา)                            |  |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....                                       |  |

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต  
( ..... )

- หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ  
2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับ

หนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

๑.๒ นิตินบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (๒) ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เดียง ลักษณะของสถานพยาบาล .....

ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....

ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. มีความประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาล เนื่องจาก .....

ทั้งนี้ตั้งแต่ ..... เป็นต้นไป

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

สำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องจัดทำรายงานการดำเนินการ ดังต่อไปนี้แนบมาด้วย คือ

- รายงานยอดผู้ป่วยที่คงค้างอยู่ในสถานพยาบาลและแผนการดำเนินการต่อผู้ป่วยที่ยังคงค้างอยู่หลังจากเลิกกิจการสถานพยาบาล
- รายงานการประกาศแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลทางหนังสือพิมพ์และหรือสื่ออื่น ๆ ที่แพร่หลาย เพื่อให้ผู้ป่วยมาขอรับเวชระเบียน พิล์มเอกซเรย์ และอื่น ๆ
- รายงานการจำหน่ายเวชระเบียน พิล์มเอกซเรย์ และอื่น ๆ ที่ยังมีผู้ป่วยมาขอรับ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต  
( ..... )

รับทราบ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้อนุญาต  
( ..... )

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ 1.ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ

- คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า .....เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....  
 ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....  
 เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ .....  
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ..... ออกให้ ณ วันที่ .....

วุฒิบัตร     หนังสืออนุมัติ     หนังสือรับรอง สาขา.....

ขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน     รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เพียง  
 วัน/เวลาทำการ..... เพื่อ  ขอดำเนินการสถานพยาบาลใหม่

ขอดำเนินการแทนผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก  ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประสงค์จะเปลี่ยน  
 ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิมไม่ประสงค์จะเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป

ลักษณะสถานพยาบาล ..... ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....  
 ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน.....  
 ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขณะนี้ข้าพเจ้า

เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่..... ลักษณะของสถานพยาบาล.....  
 ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ที่ตั้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....  
 วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้  
 (ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว  | <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ   |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน   | <input type="checkbox"/> สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์  | <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล                      |
| <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี)                                    |  |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี |  |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี  |  |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง
๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)
๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑
๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

( ..... )

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

( ..... ) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ

## คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....  
 ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
 รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ .....

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ไว้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
 ลักษณะของสถานพยาบาล .....  
 ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....  
 ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ .....  
 วัน/เวลาทำการ .....

๓. ขณะนี้ข้าพเจ้า

- เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภท ..... ลักษณะของสถานพยาบาล .....  
 ณ สถานพยาบาลชื่อ ..... ที่ตั้ง ..... เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล .....  
 วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล .....
- เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้  
 (ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)



พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด
- เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ดำเนินการ

( ..... )

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

( ..... )

หมายเหตุ ๑. ต้องมายื่นคำขอด้วยตนเอง

๒. ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ

**คำขอรับใบแทนใบอนุญาต  
กรณีใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ**

เขียนที่ .....  
.....  
.....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า .....

เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 อายุ.....ปี สัณชาติ.....

ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง  
ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....  
ลักษณะของสถานพยาบาล .....ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....  
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก ..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....  
วัน/เวลาทำการ.....

๒. มีความประสงค์ขอใบแทนใบอนุญาต เนื่องจาก  ถูกทำลายในสาระสำคัญ  สูญหายที่ .....  
..... เมื่อวันที่ .....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- สำเนาบัตรประจำตัว
- สำเนาภาพถ่ายทะเบียนบ้าน
- รูปถ่ายขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๒ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (กรณีชำรุด)
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ดำเนินการ

( ..... )

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

( ..... )

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว

เขียนที่ .....  
.....  
.....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า .....

เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 อายุ.....ปี สัญชาติ.....

ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่  ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เพียงตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....  
ลักษณะของสถานพยาบาล .....ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....  
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก ..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์ ..... โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. มีความประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้
- การเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล เป็น.....
  - การเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้ดำเนินการ เป็น.....
  - การเปลี่ยนชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด เป็น.....
  - การเปลี่ยนแปลงวัน เวลา ที่ให้บริการ เป็น.....
  - อื่น ๆ .....

- พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
  - เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง
  - สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
  - รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
  - เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ).....ผู้ดำเนินการ  
(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาต  
(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

**รายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน**  
**ประจำปีงบประมาณ.....**  
**(บันทึกข้อมูลตั้งแต่ ๑ ตุลาคมของปีที่ผ่านมา ถึง ๓๐ กันยายน ของปีปัจจุบัน)**

**๑. ข้อมูลทั่วไป**

๑.๑ ชื่อสถานพยาบาล.....  
 ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....  
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....  
 ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....  
 ๑.๒ ชื่อผู้รับอนุญาต..... เลขที่ใบอนุญาต.....  
 ๑.๓ ชื่อผู้ดำเนินการ..... เลขที่ใบอนุญาต.....

**๒. ลักษณะสถานพยาบาลและจำนวนการให้บริการ**

๒.๑ ลักษณะสถานพยาบาล..... (คลินิกเฉพาะทางระบุสาขา).....  
 ๒.๒ จำนวนผู้ป่วย..... คน..... ครั้ง  
 ๒.๒.๑ จำนวนผู้ป่วยชาวไทย..... คน..... ครั้ง  
 ๒.๒.๒ จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ..... คน..... ครั้ง  
 ๒.๓ จำนวนการให้บริการ  
 ๒.๓.๑ เวชกรรม..... คน..... ครั้ง  
 ๒.๓.๒ เวชกรรมเฉพาะทาง..... คน..... ครั้ง  
 ๒.๓.๓ ล้างไต..... คน..... ครั้ง  
 ๒.๓.๔ การผ่าตัดเล็ก..... คน..... ครั้ง  
 ๒.๓.๕ ทันตกรรม  
 ๑) ส่งเสริม ,ป้องกัน..... คน..... ครั้ง  
 ๒) รักษา..... คน..... ครั้ง  
 ๒.๓.๖ ทันตกรรมเฉพาะทาง  
 ๑) ส่งเสริม ,ป้องกัน..... คน..... ครั้ง  
 ๒) รักษา..... คน..... ครั้ง  
 ๒.๓.๗ กายภาพบำบัด..... คน..... ครั้ง  
 ๒.๓.๘ เทคนิคการแพทย์..... คน..... ครั้ง  
 ๒.๓.๙ การพยาบาลและการผดุงครรภ์  
 ๑) การตรวจก่อนคลอด..... คน..... ครั้ง  
 ๒) การทำคลอดปกติ..... คน..... ครั้ง  
 ๓) การดูแลหลังคลอด..... คน..... ครั้ง  
 ๔) การพยาบาลอื่น (ระบุ)..... คน..... ครั้ง

๒.๓.๑๐ การพยาบาลและการผดุงครรภ์เฉพาะทาง

- ๑) สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์.....คน.....ครั้ง
- : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
- : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
- : พันฟู.....คน.....ครั้ง
- : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๒) สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
- : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
- : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
- : พันฟู.....คน.....ครั้ง
- : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๓) สาขาการผดุงครรภ์
- : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
- : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
- : พันฟู.....คน.....ครั้ง
- : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๔) สาขาการพยาบาลเด็ก
- : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
- : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
- : พันฟู.....คน.....ครั้ง
- : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๕) สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
- : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
- : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
- : พันฟู.....คน.....ครั้ง
- : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง
- ๖) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
- : ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง
- : ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
- : พันฟู.....คน.....ครั้ง
- : อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๑ การแพทย์แผนไทย

- ๑) รักษา.....คน.....ครั้ง
- ๒) ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๒ การแพทย์แผนไทยประยุกต์

- ๑) รักษา.....คน.....ครั้ง
- ๒) ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

## ๒.๓.๑๓ การประกอบโรคศิลปะกิจกรรมบำบัด

## ๑) การให้บริการสำหรับเด็กและวัยรุ่น

: การตรวจประเมิน.....คน.....ครั้ง

: การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสภาพ.....คน.....ครั้ง

## ๒) การให้บริการสำหรับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ

: การตรวจประเมิน.....คน.....ครั้ง

: การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสภาพ.....คน.....ครั้ง

## ๒.๓.๑๔ การประกอบโรคศิลปะการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย

๑) การให้บริการการแก้ไขการพูด.....คน.....ครั้ง

๒) การให้บริการการแก้ไขการได้ยิน.....คน.....ครั้ง

## ๒.๓.๑๕ การประกอบโรคศิลปะเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก

๑) การให้บริการระบบหัวใจ.....คน.....ครั้ง

๒) การให้บริการระบบปอด.....คน.....ครั้ง

๓) การให้บริการระบบหลอดเลือด.....คน.....ครั้ง

## ๒.๓.๑๖ การประกอบโรคศิลปะรังสีเทคนิค

๑) เอกซเรย์.....คน.....ครั้ง

## ๒.๓.๑๗ การประกอบโรคศิลปะจิตวิทยาคลินิก

๑) การให้บริการทางจิตวิทยาคลินิก.....คน.....ครั้ง

## ๒.๓.๑๘ การประกอบโรคศิลปะกายอุปกรณ์

๑) ตรวจประเมิน.....คน.....ครั้ง

๒) ปรับแก้ไขอุปกรณ์.....คน.....ครั้ง

๓) ผลิตกายอุปกรณ์.....คน.....ครั้ง

## ๒.๓.๑๙ การประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนจีน

๑) ฝังเข็ม.....คน.....ครั้ง

๒) นวดทุยนา.....คน.....ครั้ง

๓) สั่งยา.....คน.....ครั้ง

๔) อื่นๆ (โปรดระบุ).....คน.....ครั้ง

## ๓. เครื่องมือที่สำคัญ

๓.๑ เครื่องเอกซเรย์.....เครื่อง

๓.๒ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์.....เครื่อง

๓.๓ เครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า.....เครื่อง

๓.๔ เครื่องล้างไต.....เครื่อง

๓.๕ เครื่องสลายนิ่ว.....เครื่อง

๓.๖ เครื่องอัลตราซาวนด์.....เครื่อง

๓.๗ เครื่องเลเซอร์.....เครื่อง

๓.๘ อุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้น

มี  ไม่มี ๓.๘.๑ ถังบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ

มี  ไม่มี ๓.๘.๒ ยา เวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์อื่นที่สามารถให้การรักษาพยาบาล และ

ช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน **ตามลักษณะของสถานพยาบาล**

๑) คลินิกเวชกรรม/คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง (ระบุ).....

.....

.....

๒) คลินิกทันตกรรม/คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง (ระบุ).....

.....

.....

๓.๙ เครื่องมือชนิดอื่นๆ (ระบุ).....

.....

.....

#### ๔. วิธีป้องกันการติดเชื้อในคลินิก

๔.๑ แขน้ำยา (ระบุชนิดน้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้).....

.....

ระยะเวลาในการแขน้ำยา.....

.....

๔.๒ ใช้ความร้อนในการทำความสะอาดเครื่องมือให้ปราศจากเชื้อ

Autoclave ( เครื่องอบนึ่งภายใต้ความดัน ) ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ.....

.....

Hot air oven ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ.....

.....

อบด้วยก๊าซ ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ.....

.....

อื่นๆ(ระบุ).....

.....

๔.๓ อื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับความร้อน

Ultrasonic Cleaner ระยะเวลาในการทำความสะอาด.....

.....

อื่นๆ(ระบุ).....

.....

๔.๔ การให้ความรู้แก่พนักงาน/เจ้าหน้าที่ในคลินิกเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการทำความสะอาดเครื่องมือ ..... ครั้ง/ปี ให้ความรู้ครั้งล่าสุด (วัน/เดือน/ปี) .....

.....

๔.๕ มีเอกสารแสดงขั้นตอนในการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการทำลายเชื้อที่ผู้ปฏิบัติงานสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน

มี  ไม่มี

๔.๖ วิธีการจัดการขยะติดเชื้อ

มี  ไม่มี ๔.๖.๑ มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป (มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ ใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”)

มี  ไม่มี ๔.๖.๒ วิธีการจัดมูลฝอยติดเชื้อ (ระบุ).....  
.....  
.....

มี  ไม่มี ๔.๖.๓ วิธีจัดการของมีคม(ระบุ).....  
.....  
.....

...  
..

(ลายมือชื่อ).....  
(.....)  
ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ).....  
(.....)  
ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล  
วัน/เดือน/ปีที่รายงาน.....



เลขรับที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

**คำขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล**

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า  (บุคคลธรรมดา).....  
 (นิติบุคคล)..... โดย.....  
 เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล สถานพยาบาลชื่อ.....  
 เลขที่ใบอนุญาต.....  
 ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ขนาด.....เตียง  
 ชื่อผู้ดำเนินการ.....
2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี.....  
 จำนวน.....บาท และเงินเพิ่ม จำนวน.....บาท (กรณีมาชำระภายหลังวันที่ 31 ธันวาคม)
3. ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาพร้อมนี้ได้แก่  
 ส.พ. 8 (คลินิก)                       ส.พ. 9 (โรงพยาบาล)                       ส.พ.23 (รายงานประจำปี)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาต  
 (.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้แทน  
 (.....)

**หมายเหตุ : กรณีมอบให้ผู้อื่นมาชำระแทน ต้องนำใบมอบฉันทะติดอากรแสตมป์ 10 บาทด้วย**

ใบสำคัญรับเงิน
เล่มที่.....
เลขที่.....
วันที่...../...../.....

ได้รับหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมตามแบบ ส.พ.12 และสมุดทะเบียนสถานพยาบาลแล้ว ลงชื่อ.....ผู้รับ (.....) วันที่...../...../.....
--

## ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับ  
ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดสถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ วรรคหนึ่งและวรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ และมาตรา ๖ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาล จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๔๒) เรื่อง หลักเกณฑ์การยกเว้นสถานพยาบาลซึ่งไม่ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

ข้อ ๔ สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ ต้องมีลักษณะของสถานพยาบาลอย่างหนึ่งอย่างใด ดังนี้

(๑) เป็นสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่จัดให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยและการควบคุมและป้องกันโรค ในลักษณะที่เป็นการจัดสวัสดิการให้แก่เจ้าหน้าที่ พนักงาน ลูกจ้าง หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

(ก) สถานศึกษาของเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชนหรือตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชน

(ข) นายจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน

(ค) เจ้าของเรือตามกฎหมายว่าด้วยแรงงานทะเล

(ง) ผู้ให้บริการขนส่งผู้โดยสารในยานพาหนะต่าง ๆ เช่น เครื่องบินโดยสาร เรือเดินทะเล รถขนส่งไฟฟ้า เป็นต้น

ทั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล และไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียมรายปี แต่ทั้งนี้หากมีผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะปฏิบัติงานต้องจัดให้มีหลักฐานรายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะพร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ สมุดทะเบียนผู้ป่วย บันทึกการปฏิบัติงาน

ที่สามารถตรวจสอบได้ และต้องแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดยผู้อนุญาตต้องออกแบบรับแจ้งให้ไว้เป็นหลักฐานตามแบบแนบท้ายประกาศนี้

(๒) เป็นสถานพยาบาลที่ใช้ยานพาหนะในการออกไปให้บริการเคลื่อนที่ ณ สถานที่ใดที่หนึ่งเป็นการชั่วคราว และมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือหรือสงเคราะห์ โดยไม่เรียกเก็บค่าบริการใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นการจัดให้บริการขององค์กรการกุศลต่าง ๆ มูลนิธิ สถานพยาบาลหรือของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ ให้ได้รับการยกเว้นไม่ต้องขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล โดยไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียมรายปี แต่ทั้งนี้ ต้องจัดให้มีหลักฐานรายชื่อผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะพร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ สมุดทะเบียนผู้ป่วย บันทึกการปฏิบัติงานที่สามารถตรวจสอบได้ และต้องแจ้ง วัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการแก่ผู้อนุญาตทราบ ก่อนออกไปให้บริการอย่างน้อยห้าวันตามแบบแนบท้ายประกาศนี้

(๓) เป็นสถานพยาบาลเคลื่อนที่ของสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่ใช้ยานพาหนะ เป็นที่ให้บริการและออกให้บริการไปยังหน่วยงานที่ร้องขอเพื่อการตรวจดูแลสุขภาพรักษาพยาบาล การส่งเสริมหรือการป้องกันโรคแก่พนักงาน นักศึกษา ตามสัญญาประกันสุขภาพหรือการตรวจสุขภาพประจำปีระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้น เช่น

(ก) รถเอกซเรย์เคลื่อนที่ ต้องมีเครื่องเอกซเรย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยพร้อมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติหรือหน่วยงานอื่นที่ได้รับมอบหมาย และเป็นไปตามมาตรฐานที่ผู้อนุญาตประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาล

(ข) รถทันตกรรม ที่ได้มาตรฐานตามที่ผู้อนุญาตประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาล

(ค) รถปฏิบัติการชันสูตร ที่ได้มาตรฐานตามที่ผู้อนุญาตประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาล

(ง) รถรักษาพยาบาลเคลื่อนที่ ที่ได้มาตรฐานตามที่ผู้อนุญาตประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาล

ให้สถานพยาบาลเคลื่อนที่ตาม (ก) - (ง) ต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการสอดคล้องกับมาตรฐานการบริการและมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ หรือการประกอบโรคศิลปะนั้น ๆ ตามกฎหมาย

ทั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขให้ได้รับการยกเว้นไม่ต้องขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล และไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียมรายปี แต่ต้องจัดให้มีหลักฐานสมุดทะเบียนผู้ป่วยและบันทึกการปฏิบัติงาน โดยระบุ วัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการที่สามารถตรวจสอบได้และต้องแจ้งวัน เวลา สถานที่

และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการแก่ผู้อนุญาตทราบก่อนออกให้บริการอย่างน้อยห้าวันตามแบบแนบท้ายประกาศนี้

(๔) สถานพยาบาล ณ ที่พำนักของผู้ป่วยเป็นการชั่วคราวโดยไม่ได้กระทำเป็นปกติธุระ ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถมารับบริการที่สถานพยาบาลได้ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นอนติดเตียง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยชราหรือผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะซึ่งใบอนุญาตของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะนั้นยังคงใช้ได้ ตามกฎหมาย ได้รับการยกเว้นไม่ต้องขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล และไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียมรายปี

(๕) ยานพาหนะที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย เช่น รถ เรือ หรือเครื่องบิน ขององค์กรเอกชนที่ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินหรือรถฉุกเฉิน เป็นต้น ได้รับการยกเว้นไม่ต้องขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล และไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียมรายปี

ข้อ ๕ สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ ดังกล่าว ไม่เป็นการตัดอำนาจของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการที่จะเข้าไปตรวจสอบและควบคุมสถานพยาบาล เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว

ข้อ ๖ หากปรากฏในภายหลังว่าสถานพยาบาลที่ได้รับการยกเว้นมีการให้บริการที่มีลักษณะอันน่าจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ใช้บริการ พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้แก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมหรือสั่งให้ระงับหรือปฏิบัติให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่กำหนด หากยังมีการฝ่าฝืนคำสั่งของพนักงานเจ้าหน้าที่ดังกล่าว ให้ผู้อนุญาตมีอำนาจออกคำสั่งปิดสถานพยาบาลเป็นการชั่วคราวหรืออาจสั่งเพิกถอนสถานพยาบาลนั้น โดยรัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ข้อ ๗ การยื่นแบบแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลตามประกาศกระทรวงฉบับนี้ ในกรุงเทพมหานครให้ยื่น ณ สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำหรับในจังหวัดอื่นให้ยื่น ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้ อาจจัดให้มีการยื่นแบบแจ้งผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ด้วยก็ได้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ปิยะสกล สกลสัตยาทร

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

เลขรับที่ .....  
วันที่ .....  
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

แบบแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับ  
ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า..... โดย นาย/นาง/นางสาว .....

อายุ ..... ปี ..... สัญชาติ ..... อยู่เลขที่ ..... ซอย..... ตรอก .....  
ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....  
ขอแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เพื่อเป็นสวัสดิการของเจ้าหน้าที่ พนักงานลูกจ้างหรือ  
บุคคลที่เกี่ยวข้อง จำนวน ..... คน

ณ สถานพยาบาล ..... ตั้งอยู่ที่ .....

ซอย ..... ตรอก ..... ถนน ..... หมู่ที่ .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

โดยข้าพเจ้าขอรับรองว่ามี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะที่ปฏิบัติงาน

- |                         |    |                            |    |
|-------------------------|----|----------------------------|----|
| ๑. แพทย์ .....          | คน | ๒. พยาบาล .....            | คน |
| ๓. ทันตแพทย์ .....      | คน | ๔. เภสัชกร .....           | คน |
| ๕. นักกายภาพบำบัด ..... | คน | ๖. นักเทคนิคการแพทย์ ..... | คน |
| ๗. แพทย์แผนไทย .....    | คน |                            |    |
| - เวชกรรมไทย .....      | คน | - เภสัชกรรมไทย .....       | คน |
| - การผดุงครรภ์ไทย.....  | คน | - การนวดไทย .....          | คน |
|                         |    | - การแพทย์พื้นบ้านไทย..... | คน |

๘. แพทย์แผนไทยประยุกต์ .....

๙. ผู้ประกอบโรคศิลปะ

- |                                   |    |  |    |
|-----------------------------------|----|--|----|
| (๑) กิจกรรมบำบัด .....            | คน | (๒) การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย..... | คน |
| (๓) เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ..... | คน | (๔) รังสีเทคนิค .....                          | คน |
| (๕) จิตวิทยาคลินิก .....          | คน | (๖) กายอุปกรณ์.....                            | คน |
| (๗) การแพทย์แผนจีน.....           | คน |  |    |
| (๘) อื่นๆ.....                    | คน |  |    |

เป็นผู้ให้บริการและเปิดให้บริการเวลาระหว่าง ..... น.

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ  
( ..... )  
ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น



แบบรับแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลอื่นประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน  
ซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

ใบรับแจ้งเลขที่ ...../.....

ใบรับแจ้งฉบับนี้เพื่อแสดงว่า สถานพยาบาล .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... ซอย ..... ตรอก .....

ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

เป็นสถานพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นสวัสดิการแก่เจ้าหน้าที่พนักงาน ลูกจ้างหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยได้รับการยกเว้น  
ไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

ให้ไว้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับแจ้ง  
( ..... )

เลขรับที่ .....  
วันที่ .....  
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

แบบแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ  
สำหรับสถานพยาบาลที่ไ้ช้ยานพาหนะในการออกไปให้บริการเคลื่อนที่  
ซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

เขียนที่ ..... หลงรุ่มอิน คลินิกแพทย์จีน ฯ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า หลงรุ่มอิน คลินิกแพทย์จีน คลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน .....  
โดยนางสาวรินดา ลำไยนิยม

อายุ 30 ปี สัญชาติ ไทย อยู่เลขที่ 55 ซอย ..... ตรอก .....  
ถนน ..... หมู่ที่ 6 ตำบล/แขวง หนองยาง อำเภอ/เขต หนองฉาง  
จังหวัด อุทัยธานี โทรศัพท์ 099-4712892

ขอแจ้งแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการสำหรับสถานพยาบาล  
ที่ไ้ช้ยานพาหนะในการออกไปให้บริการเคลื่อนที่ ดังนี้

(๑) วัน เวลาในการออกไปให้บริการ ระหว่าง ..... ถึงวันที่ .....

(๒) สถานที่ในการออกไปให้บริการ ณ .....

(๓) ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ

๓.๑ วิชาชีพเวชกรรม ..... คน ได้แก่

(๑).....  
(๒).....  
(๓).....

๓.๒ วิชาชีพอื่นๆ ..... คน ได้แก่

(๑).....  
(๒).....  
(๓).....

๓.๓ ผู้ประกอบโรคศิลปะ ..... 1 ..... คน ได้แก่

(๑) ..... นางสาวรินดา ลำไยนิยม  
(๒).....  
(๓).....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ  
(นางสาวรินดา ลำไยนิยม)  
ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับแจ้ง  
( ..... )  
ผู้อนุญาต

เลขรับที่ .....  
วันที่ .....  
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

แบบแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ  
สำหรับสถานพยาบาลเคลื่อนที่ของสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่ไ้ช้ยานพาหนะเป็น  
ที่ให้บริการและออกให้บริการไปยังหน่วยงานที่ร้องขอเพื่อการตรวจดูแลสุขภาพ การส่งเสริมหรือ  
การป้องกันโรคแก่พนักงาน นักศึกษา ตามสัญญาประกันสุขภาพหรือการตรวจสุขภาพประจำปีระหว่าง  
สถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า..... โดย นาย/นาง/นางสาว .....

อายุ ..... ปี ..... สัญชาติ ..... อยู่เลขที่ ..... ซอย..... ตรอก .....  
ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....  
จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

ขอแจ้งแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการสำหรับสถานพยาบาลเคลื่อนที่  
ของสถานพยาบาลประเภท.....ที่ไ้ช้ยานพาหนะ เป็นที่ให้บริการและออกให้บริการไปยังหน่วยงานที่ร้องขอ  
เพื่อการตรวจดูแลสุขภาพ รักษาพยาบาล การส่งเสริมหรือการป้องกันโรคแก่พนักงาน นักศึกษา ตามสัญญาประกันสุขภาพ  
หรือการตรวจสุขภาพประจำปีระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้น ดังนี้

(๔) วัน เวลาในการออกให้บริการ ระหว่าง.....ถึงวันที่.....

(๕) สถานที่ในการออกให้บริการ ณ.....

(๖) ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ

๓.๒ วิชาชีพเวชกรรม ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

๓.๒ วิชาชีพอื่นๆ ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

๓.๓ ผู้ประกอบโรคศิลปะ..... คน ได้แก่

(๑).....

(๒).....

\* หมายเหตุ หากมีการเปลี่ยนแปลงรายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ ให้นำใบที่แจ้งมาแสดงและแจ้งการเปลี่ยนแปลง  
ในวันทีออกให้บริการด้วย

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ  
( ..... )  
ผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานนั้น

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับแจ้ง  
( ..... )  
ผู้อนุญาต



